

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Tino Chrupalla, Steffen Kotré,
Enrico Komning, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/20085 –**

Datengrundlage des Regierungshandelns in der Corona-Krise

Vorbemerkung der Fragesteller

Im Zuge der Corona-Krise wurden seitens der Bundesregierung nach Ansicht der Fragesteller schwerwiegende und weitreichende Maßnahmen beschlossen. Die Tragweite dieser Entscheidungen und die mittlerweile sichtbaren Auswirkungen auf Wirtschaft und Gesellschaft (<https://www.ifo.de/node/53961>) sollten nach Ansicht der Fragesteller erwarten lassen, dass alle Maßnahmen auf einer validen und nachvollziehbaren Datengrundlage beruhen. Es kam jedoch in den letzten Monaten zu erheblichen Widersprüchen in den Äußerungen und im Vorgehen der Bundesregierung, beispielsweise bei der aktuell geltenden Maskenpflicht. So warnte die Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel noch Anfang April 2020 vor dem Gebrauch von Masken durch die Bevölkerung und sprach in diesem Zusammenhang von gefährlichen „Virenschleudern“, wobei ihr der bayerische Ministerpräsident Dr. Markus Söder zustimmte (<https://www.ovb-heimatzeitungen.de/titelseite/2020/04/01/merkel-warnt-vor-maskenpflicht-6.ovb>). Kurz darauf wurde dann von allen Bundesländern eine Maskenpflicht eingeführt und diese seitdem mit hohen Strafen durch die Polizei durchgesetzt (<https://www.bussgeldkatalog.org/verstoss-maskenpflicht/>). Dies ist nach Ansicht der Fragesteller auch vor dem Hintergrund erstaunlich, dass andere EU-Staaten, wie die Niederlande, explizit vor selbstgefertigten Masken warnen (<https://www.rivm.nl/en/novel-coronavirus-covid-19/face-masks-and-gloves>). Auch die seitens der Bundesregierung immer wieder als Begründung für die Maßnahmen getroffenen Aussagen über eine exponentielle Ausbreitung von SARS-CoV-2 werfen nach Ansicht der Fragesteller Fragen zur Datengrundlage auf, weil diese vermutlich lediglich auf einer exponentiellen Ausweitung der Testkapazitäten beruhen und damit nicht die Ausbreitung in der Bevölkerung widerspiegeln (<https://www.bundestkanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/pressekonferenz-von-bundestkanzlerin-merkel-1745362>; https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/16_20.pdf?__blob=publicationFile).

Auch die Verwendung von Daten überwiegend privatwirtschaftlich finanzierter, ausländischer Universitäten bedarf nach Ansicht der Fragesteller einer Überprüfung der Zuverlässigkeit dieser Quellen (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/fallzahlen-coronavirus-1738210>). Der Vorstoß der Bundesregierung, die Einschränkung von Grundrechten nur für diejenigen aufzuheben, die geimpft sind oder ihre Immunität anderweitig nachweisen,

bringt nach Ansicht der Fragesteller ebenfalls Unklarheiten mit sich (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/Entwurf_Zweites_Gesetz_zum_Schutz_der_Bevölkerung_bei_einer_epidemischen_Lage_von_nationaler_Tragweite.pdf).

Neben den häufig wechselnden Vorgaben der Bundesregierung taten sich auch die öffentlich-rechtlichen Medien im Verlauf der Krise durch eine nach Ansicht der Fragesteller undifferenzierte Berichterstattung hervor (<http://blauerbote.com/2020/03/26/prof-bosbach-falsche-corona-statistiken-medien-erzeugen-panik/>). So bezeichnete der „Bayerische Rundfunk“ noch Ende Januar 2020 diejenigen als Verschwörungstheoretiker und Populisten, die im neuartigen Coronavirus eine Gefahr sahen (<https://www.br.de/mediathek/video/corona-panik-wie-ein-virus-alle-vernunft-zerstoert-av:5e334c6403c067001ad12096>). Heute werden nun nach Ansicht der Fragesteller in den Medien plötzlich die Menschen diffamiert und herabgewürdigt, die das Gefährdungspotenzial von SARS-CoV-2 für die Gesamtbevölkerung als eher gering einschätzen (<https://www.tagesschau.de/inland/corona-demos-107.html>). Die teilweise innerhalb kürzester Zeit vollständig ins Gegenteil verkehrten Aussagen von Bundesregierung und Medien (s. o.) werfen nach Ansicht der Fragesteller zahlreiche Fragen zur Datengrundlage ihres Handelns auf, zumal sie zu schwersten Auswirkungen auf die gesamte Bevölkerung geführt haben und die Neuinfektionen nach Aussage der Bundesregierung seit längerem rückläufig sind (<https://www.heise.de/tp/features/Coronaphobie-Die-Macht-der-Angst-und-ihre-Folge-n-4683052.html>; <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/ausbreitung-coronavirus-1716188>).

Weiterer Klärungsbedarf ergibt sich nach Ansicht der Fragesteller hinsichtlich der Genauigkeit der bundesweit zur Diagnose einer Infektion mit SARS-CoV-2 eingesetzten PCR-Tests (<https://www.bundestkanzlerin.de/bkin-de/suche/telefonschaltkonferenz-der-bundestkanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-15-april-2020-1744228>).

Auch die Tatsache, dass entgegen der Forderung von Wissenschaftlern und Statistikern bis heute keine repräsentativen Stichproben aus der Bevölkerung genommen wurden, um die Ausbreitung von SARS-CoV-2 in Deutschland zuverlässig zu messen, bedarf nach Ansicht der Fragesteller einer Klärung (https://www.focus.de/gesundheit/news/es-grassiert-ungewissheit-repräsentative-tests-sollen-wahres-ausmass-in-deutschland-zeigen_id_11813688.html).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Das Wissen über das Coronavirus SARS-CoV-2, über dessen Eigenschaften sowie über die epidemiologische Entwicklung der Lage nimmt beständig zu. Aus der besseren Datenlage und deren kontinuierlicher Überprüfung resultiert die Optimierung nationaler und internationaler Empfehlungen. Wichtig für die Entscheidungen der Bundesregierung ist die Kenntnis der jeweils aktuellen epidemiologischen Lage sowohl national wie auch international. Diese ist den Situationsberichten des Robert Koch-Instituts (RKI) zu entnehmen. National werden die nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) zu meldenden Daten in den zuständigen Gesundheitsbehörden der Bundesländer und durch das RKI einer Qualitätskontrolle unterzogen. Bei der Auswertung der internationalen epidemiologischen Lage werden neben den Informationen der jeweiligen nationalen Gesundheitsbehörden anderer Staaten die Zusammenstellungen des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Entscheidungsgrundlage herangezogen.

Mit dem zunehmenden Wissen über die Eigenschaften des Coronavirus SARS-CoV-2 verbunden ist eine dem Ausbruchsgeschehen angepasste Einschätzung des Nutzens von Mund-Nasen-Bedeckungen (MNB). Diese Schutzmaßnahme gibt es in den unterschiedlichsten Formen; von den selbstgenähten Alltagsmas-

ken bis hin zu solchen, die im medizinischen Bereich eingesetzt werden. Überprüfen zu den unterschiedlichen Formen und Typen können bspw. auf den Seiten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und des RKI eingesehen werden. Zum Unterschied zwischen Mund-Nasen-Schutz (MNS) und MNB wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion der AfD auf Bundestagsdrucksache 19/18463 vom 5. Mai 2020 verwiesen. Die Bundesregierung geht im Weiteren davon aus, dass die Fragesteller mit ihren Fragen zu MNS vielmehr MNB aus handelsüblichen Stoffen zum privaten Gebrauch meinen. Die Verwendung von MNB bildet einen Baustein, der zusätzlich zu anderen Maßnahmen und bei korrekter Anwendung das Risiko von Übertragungen reduzieren kann. Durch das Tragen von MNB wird nicht die Filtration eindringender, sondern das Zurückhalten bzw. Abbremsen ausgestoßener, möglicherweise infektiöser Flüssigkeitspartikel bezweckt. Dadurch ergibt sich eine geringere Exposition von anderen Personen in der Gemeinschaft. So entsteht ein gemeinschaftlicher Effekt, der zusätzlich zu den Abstandsregeln und anderen Maßnahmen zum Abbremsen eines Infektionsgeschehens beitragen kann.

Im Rahmen der vom Kabinett am 29. April 2020 beschlossenen Formulierungshilfe für die Fraktionen der CDU/CSU und SPD für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite war ursprünglich unter anderem vorgesehen, in § 22 IfSG analog zur Impfdokumentation eine Immunitätsdokumentation zu ermöglichen, wenn – bezogen auf eine bestimmte übertragbare Krankheit – nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft eine Immunität möglich und eine Ansteckungsfähigkeit ausgeschlossen ist. Damit sollte ein verfahrensmäßig möglichst einfacher und unkomplizierter Nachweis einer Immunität gegen eine bestimmte übertragbare Krankheit ermöglicht werden (zum Beispiel im Rahmen des Nachweises eines Masernschutzes nach § 20 Absatz 9 IfSG). Bezüglich einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 lagen und liegen die Voraussetzungen, nach denen eine Immunitätsdokumentation hätte ausgestellt werden können, derzeit nicht vor.

1. Wann genau, und von wem wurde entschieden, eine Formulierungshilfe für den „Entwurf eines Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ zu erstellen und diesen den Koalitionsfraktionen zuzuleiten (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/Entwurf_Zweites_Gesetz_zum_Schutz_der_Bevölkerung_bei_einer_epidemischen_Lage_von_nationaler_Trageweite.pdf)?

Mit dem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) hat der Gesetzgeber insbesondere Maßnahmen vorgesehen, um das Funktionieren des Gesundheitswesens in einer die gesamte Bundesrepublik betreffenden epidemischen Lage von nationaler Tragweite sicherzustellen. Am 21. März 2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit eine entsprechende Formulierungshilfe an die Ressorts zur Abstimmung versandt. Die Formulierungshilfe wurde sodann am 23. März 2020 im Bundeskabinett beschlossen.

2. Wann genau, und von wem wurde innerhalb der Bundesregierung festgestellt bzw. anerkannt, dass eine epidemische Lage von nationaler Tragweite vorliegt?

- a) Welche konkreten Kennzahlen und deren Werte dienten dabei als Entscheidungsgrundlage innerhalb der Bundesregierung bzw. für die Überprüfung, ob der entsprechende Beschluss des Deutschen Bundestages über das Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite tatsächlich zutreffend oder nachvollziehbar ist?
- b) Welche konkreten Kennzahlen und Werte dienten dabei als Grundlage zur Einschätzung der Gefährlichkeit des Virus SARS-CoV-2?
- c) Welche konkreten Quellen wurden verwendet, in denen diese Werte genannt werden?
- d) Von welchen wissenschaftlichen Einrichtungen und Fachleuten wurden diese Werte gegenvalidiert?

Die Fragen 2 bis 2d werden gemeinsam beantwortet.

Der Deutsche Bundestag (und nicht die Bundesregierung) hat am 25. März 2020 die epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt (BT-PIPr 19/154, S. 19169C). In dem mit dem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite neu gefassten § 5 Absatz 1 IfSG ist geregelt, dass der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellt.

Sowohl die Entscheidung über die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (§ 5 Absatz 1 Satz 1 IfSG) als auch die Entscheidung darüber, die epidemische Lage von nationaler Tragweite gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2 IfSG wieder aufzuheben, obliegt ausschließlich dem Deutschen Bundestag. Dementsprechend muss der Deutsche Bundestag prüfen, ob die konkreten Voraussetzungen, die der Feststellung einer epidemischen Lage zugrunde lagen, noch vorhanden sind. In diesem Fall wurde die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vor dem Hintergrund einer sich dynamisch entwickelnden Ausbruchssituation, die eine erhebliche Gefährdung für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik darstellte, festgestellt.

- 3. Wann, und von wem wurde entschieden, vom im zu diesem Zeitpunkt gültigen Infektionsschutzgesetz vorgegebenen Verfahren des Schutzes bestimmter Zielgruppen abzuweichen und Maßnahmen für die gesamte Bevölkerung in Deutschland anzuordnen?
 - a) Auf welcher gesetzlichen Grundlage wurden diese Maßnahmen getroffen?
 - b) Welche konkreten Kennzahlen und deren Werte dienten dabei als Entscheidungsgrundlage?
 - c) Welche konkreten Quellen wurden verwendet, in denen diese Werte genannt werden?
 - d) Von welchen wissenschaftlichen Einrichtungen und Fachleuten wurden diese Werte gegenvalidiert?
 - e) Welche Experten wurden zu diesem Zeitpunkt zu Rate gezogen, um die soziopsychologischen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Folgen der Maßnahmen zu bewerten und gegen den gesundheitlichen Nutzen abzuwägen?

Die Fragen 3 bis 3e werden gemeinsam beantwortet.

In Deutschland sind grundsätzlich die Länder für den Vollzug des Infektionsschutzgesetzes und damit für die unmittelbare Bekämpfung von Infektionskrankheiten zuständig, da sie gemäß Artikel 83 des Grundgesetzes Bundesgesetze grundsätzlich als eigene Angelegenheit ausführen. Dies gilt insbesondere für die auf der Grundlage der §§ 28 und 32 IfSG getroffenen Schutzmaßnah-

men. Diese grundsätzliche Verteilung der Kompetenzen zwischen dem Bund und den Ländern bleibt auch nach den jüngst vorgenommenen Änderungen des IfSG unberührt, auch wenn die getroffenen Schutzmaßnahmen bundesweit koordiniert getroffen wurden. Sofern in der Frage auf „Maßnahmen für die gesamte Bevölkerung“ Bezug genommen wird, kann nur vermutet werden, dass damit die in § 5 Absatz 2 und § 5a Absatz 2 IfSG vorgesehenen Ermächtigungen für das Bundesministerium für Gesundheit angesprochen sind. Diese Ermächtigungen sind durch das Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite befristet bis zum 31. März 2021 in das Infektionsschutzgesetz eingeführt worden. Um eine wirksame Bekämpfung der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 und das Funktionieren des Gesundheitswesens sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, mit Medizinprodukten und Labordiagnostik im gesamten Bundesgebiet sicherzustellen, können nach diesen Vorschriften bundeseinheitliche Anordnungen und Rechtsverordnungen für den Fall einer vom Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite erlassen werden. Davon wurde inzwischen in einer Vielzahl von Fällen Gebrauch gemacht.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

4. Gab es von Seiten der Bundesregierung eine Vorgabe an die Länder, eine Pflicht zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (MNS) beim Einkaufen oder im öffentlichen Nahverkehr anzuordnen?
 - a) Nimmt die Bundesregierung Schutzwirkungen für die Gesamtbevölkerung bei Verwendung von MNS an, und wenn ja, welche?
 - b) Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage wird die jeweilige Schutzwirkung für bestimmte Arten des MNS physikalisch begründet?
 - c) Sind der Bundesregierung wissenschaftliche Erkenntnisse darüber bekannt, dass die Nutzung von einfachen oder selbstgenähten MNS durch medizinisch nicht geschulte Bürger sogar zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen kann, und wenn ja, welche?

Die Fragen 4 bis 4c werden gemeinsam beantwortet.

Bund und Länder haben am 15. April 2020 die Nutzung von Alltagsmasken (auch Mund-Nasen-Bedeckungen: MNB) im öffentlichen Personennahverkehr und beim Einkauf im Einzelhandel dringend empfohlen. Die Entscheidung über eine Pflicht zum Tragen einer MNB liegt in der Zuständigkeit der Länder.

Die Verwendung von MNB bildet einen Baustein, der zusätzlich zu anderen Maßnahmen das Risiko von Übertragungen des Coronavirus SARS CoV-2 reduzieren kann. Das Tragen einer MNB kann dazu beitragen, die Geschwindigkeit des Atemstroms oder Tröpfchenauswurfs z. B. beim Husten zu reduzieren. Das gilt insbesondere für Situationen, in denen mehrere Menschen in geschlossenen Räumen zusammentreffen und der empfohlene Mindestabstand von 1,5 Meter nicht eingehalten werden kann (z. B. in Geschäften, in öffentlichen Verkehrsmitteln, am Arbeitsplatz). Um sich selbst und andere vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen, sind Selbstisolierung bei Erkrankung, eine gute Händehygiene, das Einhalten von Husten- und Niesregeln und das Abstandhalten (mindestens 1,5 Meter) die wichtigsten und effektivsten Maßnahmen.

Grundsätzlich sind unterschiedliche Typen von Masken zur Bedeckung von Mund und Nase zu unterscheiden. Im Wesentlichen sind dies Masken, die als MNB aus handelsüblichen Stoffen hergestellt werden und solche, die aufgrund der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben und technischer Normen Schutzmasken

mit ausgelobter Schutzwirkung darstellen (Medizinische Gesichtsmasken, Mund-Nase-Schutz bzw. OP-Masken und partikelfiltrierende Halbmasken). Hinweise mit Erläuterungen zur jeweiligen Schutzwirkung von „selbst hergestellten Masken (sog. „Community-Masken“), medizinischen Gesichtsmasken, sowie filtrierenden Halbmasken (FFP1, FFP2 und FFP3) im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ finden sich auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmaske.html>.

Bei MNB, wie sie in bestimmten Situationen im öffentlichen Leben empfohlen werden, handelt es sich um Bekleidungsstücke (siehe dazu Produktsicherheitsgesetz und Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit in Braunschweig). Die Eigenschaften unterschiedlicher Stoffe, Flüssigkeitspartikel zurückzuhalten bzw. abzubremesen, ist z. B. in den unter [1] bis [3] genannten folgenden Studien untersucht. Weitere Informationen und eine Auswertung der Literatur findet sich auch in der unter [4] genannten folgenden Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie.

Quellen:

- [1] Konda A, Prakash A, Moss GA, Schmoldt M, Grant GD, Guha S (2020) Aerosol Filtration Efficiency of Common Fabrics Used in Respiratory Cloth Masks. ACS Nano
- [2] van der Sande M, Teunis P, Sabel R (2008) Professional and home-made face masks reduce exposure to respiratory infections among the general population. PLoS One 3(7):e2618
- [3] Davies A, Thompson K-A, Giri K, Kafatos G, Walker J, Bennett A (2013) Testing the efficacy of homemade masks: would they protect in an influenza pandemic? Disaster Med Public Health Prep 7(4):413-418
- [4] Dellweg D, Lepper PM, Nowak D, Kohnlein T, Olgemoller U, Pfeifer M (2020) [Position Paper of the German Respiratory Society (DGP) on the Impact of Community Masks on Self-Protection and Protection of Others in Regard to Aerogen Transmitted Diseases]. Pneumologie

Es wird auf die genannte Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie sowie auf die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (WHO/2019-nCov/IPC_Masks/2020.4; [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)) verwiesen.

- 5. Wann, und von wem wurde entschieden, neben den statistischen Quellen des Robert Koch-Instituts noch andere Quellen, insbesondere die Johns-Hopkins-Universität (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), heranzuziehen?
 - a) Wie, und vom wem wurden diese zusätzlichen Quellen legitimiert und validiert?
 - b) Nach welchen Kriterien erfolgte diese zusätzliche Quellenauswahl?

Die Fragen 5 bis 5b werden gemeinsam beantwortet.

Zur Bewertung der nationalen Lage wurden im Hinblick auf das Ausbruchsgeschehen keine Daten der Johns-Hopkins-Universität verwendet. Das RKI nutzt zur Bewertung der Lage die Daten aus verschiedenen Surveillancesystemen (Siehe auch „FAQ“ im Internet-Angebot des RKI: „Warum unterscheiden sich die von RKI und Johns Hopkins-Universität berichteten Angaben zu

COVID-19-Fällen in Deutschland?“ <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html?nn=13490888>).

Diverse Datenquellen werden für die Einschätzung der internationalen COVID-19-Lage berücksichtigt. Derzeit werden für die Bewertung der internationalen Lage vornehmlich die vom ECDC bereitgestellten offiziellen Daten verwendet.

6. Ab welchem Zeitpunkt war der Bundesregierung die bundesweite Anzahl durchgeführter SARS-CoV-2-Labortestungen bekannt?
 - a) Welche Quelle wurde hierfür verwendet?
 - b) Wie beurteilt die Bundesregierung den statistischen Zusammenhang zwischen Testzahl und Anteil positiver Tests in der Stichprobe?
 - c) Ab wann erlangte die Bundesregierung Klarheit über diesen Zusammenhang?
 - d) Lagen und liegen der Bundesregierung tägliche Zahlen zu den durchgeführten Tests vor, und wo sind diese Zahlen öffentlich einsehbar?
 - e) Wie hat sich der Anteil der positiven Testergebnisse bezogen auf die Anzahl an durchgeführten Tests seit 1. Oktober 2019 bis heute entwickelt (bitte nach Kalenderwochen folgendermaßen aufschlüsseln: KW x: Anzahl durchgeführter Tests in der KW x, prozentualer Anteil positiver Testergebnisse in der KW x; KW y: Anzahl durchgeführter Tests in der KW y, prozentualer Anteil positiver Testergebnisse in der KW y usw.)?

Die Fragen 6 bis 6e werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Testzahlen ab etwa der 12. Kalenderwoche 2020 repräsentativ erfasst worden sind.

Die Daten zur Anzahl der in Deutschland durchgeführten PCR-Testungen werden wöchentlich vom RKI zusammengestellt und mittwochs veröffentlicht.

Der Anteil positiver Testergebnisse der in Deutschland genutzten PCR-Tests (polymerase-chain-reaction) zum Nachweis des Vorliegens einer akuten Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 hängt von der tatsächlichen Prävalenz infizierter Personen ab und von den Testkriterien, das heißt davon, welche Personen getestet werden. Generell kann man von einem sinkenden Anteil positiver Tests bei einer Ausweitung der Testkriterien ausgehen, da weniger spezifisch getestet wird. Am Anfang der COVID-19-Pandemie wurden aufgrund der begrenzten Testkapazitäten noch strengere Kriterien an die Testung gestellt.

Seit der 14. Kalenderwoche 2020 liegt die Gesamtzahl der durchgeführten Tests auf hohem Niveau zwischen 320.000 und 430.000 pro Woche, die vorhandenen Testkapazitäten sind zur Zeit deutlich höher. Daher deutet der rückläufige Anteil von positiven Tests auf eine rückläufige Prävalenz von SARS-CoV-2-Infektionen in der Bevölkerung hin.

Ein Zusammenhang zwischen der Gesamtzahl durchgeführter Tests und dem Anteil der positiven Tests ist allgemein bekannt.

Die Testzahlen werden aktuell wöchentlich abgefragt und sind jeweils mittwochs dem Lagebericht des RKI zu COVID-19 zu entnehmen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Archiv_Juli.html).

KW* 2020	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Positivenrate (%)	Anzahl übermittelnde Labore
Bis einschließlich KW 10	124.716	3.892	3,1	90
11	127.457	7.582	5,9	114
12	348.619	23.820	6,8	152
13	361.515	31.414	8,7	151
14	408.348	36.885	9,0	154
15	380.197	30.791	8,1	164
16	331.902	22.082	6,7	168
17	363.890	18.083	5,0	178
18	326.788	12.608	3,9	175
19	403.875	10.755	2,7	182
20	432.666	7.233	1,7	183
21	353.467	5.218	1,5	179
22	405.269	4.310	1,1	178
23	340.986	3.208	0,9	176
24	325.416	2.713	0,8	169
25	377.544	5.046	1,3	168
Summe	5.412.655	225.640		

Quelle: Lagebericht des RKI zu COVID-19, 24.06.2020 (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-06-24-de.pdf?__blob=publicationFile)

7. Gab es nach Kenntnis der Bundesregierung eine exponentielle Ausbreitung von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung in Deutschland (bitte ausschließlich mit ja oder nein antworten und dabei berücksichtigen, dass die bloße Angabe von steigenden Fallzahlen bei exponentieller Ausweitung der Testkapazitäten nicht gleichbedeutend mit einer exponentiellen Ausbreitung in der Bevölkerung ist)?
 - a) Wenn ja, auf welcher konkreten Zahlengrundlage basiert die Erkenntnis der Bundesregierung über die exponentielle Ausbreitung in der Bevölkerung (bitte mit allen Quellen angeben, auf denen die Erkenntnis der Bundesregierung basiert)?
 - b) Wenn ja, wie verlief die exponentielle Ausbreitung in der Bevölkerung im zeitlichen Verlauf vom 1. Oktober 2019 bis heute (bitte als Liniendiagramm mit Kalenderwochen in der x-Achse und prozentualen Anteil der Infizierten an der Gesamtbevölkerung in der y-Achse sowie Quellenangaben für die Werte angeben)?
 - c) Wenn nein, warum äußerte sich Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel mehrfach öffentlich dahin gehend, dass eine exponentielle Ausbreitung von SARS-CoV-2 stattfände (z. B. auf der Bundespressekonferenz am 20. April 2020)?
 - d) Besteht nach Kenntnis der Bundesregierung ein Zusammenhang zwischen den Meldungen der Medien über eine exponentielle Ausbreitung des Coronavirus und der Anzahl an durchgeführten Tests?

Die Fragen 7 bis 7d werden gemeinsam beantwortet.

Ja, es gab zeitweise eine exponentielle Zunahme der COVID-19-Fallzahlen in Deutschland.

Zahlengrundlage sind die gemäß Infektionsschutzgesetz an das RKI übermittelten SARS-CoV-2/COVID-19-Fälle.

Die erbetene graphische Darstellung ist nicht möglich, da der prozentuale Anteil der Infizierten an der Gesamtbevölkerung nicht bekannt ist (Dunkelziffer).

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über einen möglichen Zusammenhang zwischen den Meldungen der Medien über eine exponentielle Ausbreitung des Coronavirus und der Anzahl der durchgeführten Tests vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

8. Ist der für die Bestimmung der bundesweiten Fallzahlen verwendete PCR-Test nach Kenntnis der Bundesregierung standardisiert, und wird er von den beteiligten Laboren in dieser standardisierten Weise angewendet?
 - a) Hat sich das Testverfahren seit Januar 2020 geändert, und wenn ja, jeweils wann, und inwiefern?
 - b) Von welchen wissenschaftlichen Einrichtungen wurde dieser standardisierte PCR-Test validiert (bitte Quellen der betreffenden wissenschaftlichen Veröffentlichungen angeben)?
 - c) Mit welcher Zuverlässigkeit zeigt der verwendete Test nach Kenntnis der Bundesregierung ein positives oder negatives Ergebnis korrekt an (bitte in Prozent und mit Quellen für die Einschätzung der Bundesregierung angeben)?

Die Fragen 8 bis 8c werden gemeinsam beantwortet.

Zum Nachweis einer akuten SARS-CoV-2 Infektion sind sogenannte PCR-Tests zum direkten Nachweis von Virusmaterial im Einsatz. Die Labore müssen sich dabei an die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen – RiliBak“ halten.

Für die Bewertung von in vitro Diagnostika sind in Deutschland das BfArM bzw. das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) zuständig. Die Angaben zur Sensitivität und Spezifität der SARS-CoV-2 Tests finden sich jeweils in den Gebrauchsanweisungen der Hersteller (CE-Kennzeichnung). Die Labore entscheiden sich dann anhand dieser Werte, des Preises, der im Labor vorhandenen Geräte etc. für einen geeigneten Test. Der Test wird im Labor validiert und die Labore müssen sich an die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen – RiliBak“ halten.

Bei der SARS-CoV-2 PCR geht die Bundesregierung grundsätzlich davon aus, dass die Labore mit validierten Methoden arbeiten und unterstellen daher keine falsch positiven Ergebnisse. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

9. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung ohne Testung von repräsentativen Stichproben eine zuverlässige Aussage darüber möglich, wie sich ein Virus in der Bevölkerung ausbreitet (bitte mit ja oder nein antworten)?
 - a) Wenn ja, wie kann nach Kenntnis der Bundesregierung eine Aussage über die Ausbreitung eines Virus in der Bevölkerung ohne repräsentative Stichproben wissenschaftlich belegt werden (bitte mit konkreter wissenschaftlicher Vorgehensweise angeben)?
 - b) Wenn nein, auf welcher konkreten Datenbasis und Zahlengrundlage hat die Bundesregierung das Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2 in Deutschland beurteilt (bitte mit konkreten Quellen und Berechnungsgrundlagen angeben)?
 - c) Von wem und aus welchen Gründen wurde entschieden, bisher keine repräsentativen Stichproben aus der gesamten Bevölkerung zur Erfassung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 in Deutschland anzuordnen?
 - d) Ab wann sind solche Stichprobentests vorgesehen?

- e) Hält es die Bundesregierung für ein Versäumnis, dass bisher keine repräsentativen Stichproben aus der Bevölkerung auf SARS-CoV-2 getestet wurden?
- f) Wurde die Bundesregierung darauf hingewiesen, dass nach Aussage von Epidemiologen und Statistikern repräsentative Stichproben aus der Bevölkerung für die Beurteilung des Infektionsgeschehens erforderlich sind, und wenn ja, von wem und wann genau wurde sie darauf hingewiesen, dass dies der Fall ist (bitte in Tabellenform mit Datum, hinweisgebender Person bzw. Institution und konkretem Inhalt des Hinwieses angeben)?
- g) Ließen sich nach Kenntnis der Bundesregierung über die Testung von repräsentativen Stichproben aus der gesamten Bevölkerung Rückschlüsse darauf ziehen, dass die Ausbreitung von SARS-CoV-2 in Deutschland abflaut?
- h) Sind der Bundesregierung repräsentative Stichprobenuntersuchungen in anderen Ländern bekannt (bitte mit Quellen angeben)?

Die Fragen 9 bis 9h werden gemeinsam beantwortet.

Ja.

Durch die bundesweite namentliche Meldepflicht von SARS-CoV-2/COVID-19-Fällen gemäß IfSG wird das Infektionsgeschehen im täglichen Lagebericht des RKI abgebildet. Zudem werden zur Bewertung der Lage eine Vielzahl weiterer Datenquellen genutzt und u. a. Studien am RKI durchgeführt.

Repräsentative Stichproben der Bevölkerung in Deutschland zur Erfassung der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 in Form serologischer Studien sind beauftragt und teilweise angelaufen.

Die Bundesregierung fördert im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 eine Reihe von Studien mit verschiedenen Forschungsschwerpunkten. Einen Überblick über initiierte Maßnahmen und Studien sind u. a. auf der Internetseite des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und des RKI abrufbar (<https://www.bmbf.de/de/corona-krise-achtsamkeit-ja-alarmismus-nein-11069.html>, https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2020/05_2020.html).

Die Durchführungen einer repräsentativen bundesweiten Studie erfordert eine sorgfältige Vorbereitung und die Einbeziehung einer hohen Anzahl von Personen, um verlässliche Schätzer für die Situation in der Gesamtbevölkerung zu ermitteln. Das RKI plant, eine Studie in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) durchzuführen und dabei die Infrastruktur des Sozio-ökonomischen Panels des DIW zu nutzen.

Die Vorbereitungen dieser bundesweiten Studie haben im Frühjahr 2020 begonnen, die Feldlaufzeit der Studie ist für September bis November 2020 geplant. Der Zeitpunkt des Studienstarts ist darauf ausgerichtet, auch einen möglichen Wiederanstieg des Infektionsgeschehens im Herbst dieses Jahres abzubilden.

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert zudem mehrere serologische Studien. Hierzu gehören serologische Studien, die unter der Leitung des RKI in unterschiedlichen Settings durchgeführt werden. Die Beschreibung der Studien sind auf der Internetseite des RKI öffentlich zugänglich (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/Antikoerper-Studien.html).

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert u. a. eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung bei ca. 11 000 volljährigen Personen. Diese Studie wird derzeit von einer Forschungsk Kooperation bestehend u. a. aus der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der forsa Gesellschaft für Sozialforschung und stati-

schen Analysen, dem ifo Institut und weiteren öffentlich-privaten Kooperationspartnern geplant. Bei der geplanten Erhebung werden in zwei Wellen serologische Testungen durchgeführt und ergänzend medizinische und sozioökonomische Daten erhoben.

Seit Beginn der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 fand sich die Bundesregierung kontinuierlich und fortlaufend im Austausch mit Expertinnen und Experten, u. a. auch zur Planung von Seroprävalenzstudien zur Beurteilung des Infektionsgeschehens in der Bevölkerung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert mehrere serologische Studien.

Serologische Studien mit bevölkerungsrepräsentativen Stichproben können wichtige Erkenntnisse dazu liefern, wie viele Menschen eine Infektion durchgemacht haben. Bei serologischen Studien wird das Blut der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 untersucht. Antikörper lassen sich jedoch frühestens ein bis zwei Wochen nach der Infektion mit entsprechenden Labortests nachweisen (<https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html>).

Der Start großer nationaler Seroprävalenzstudien ist aus Staaten, die besonders stark von der COVID-19-Pandemie getroffen wurden und bereits eine hohe Seroprävalenz erwartet haben, bekannt geworden: USA (<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-testing-cdc-exclus/exclusive-cdc-plans-sweeping-covid-19-antibody-study-in-25-metropolitan-areas-idUSKBN22U2TZ>), Italien (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_campagneComunicazione_146_0_file.pdf), Spanien (https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/ESTUDIO_ENE-COVID19_SEGUNDA_RONDA_INFORME_PRELIMINAR.pdf) und Vereinigtes Königreich (<https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m2072.full.pdf>).

Die aus Spanien bereits vorliegenden Ergebnisse zeigen für die zweite Welle der Studie mit 63.564 Teilnehmenden in 52 Regionen eine Seroprävalenz von durchschnittlich 5,2 Prozent mit großen regionalen Unterschieden bis zu einer Seroprävalenz von 15 Prozent. Aus dem Vereinigten Königreich wird als Zwischenergebnis eine Seroprävalenz von insgesamt 5 Prozent berichtet (<https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m2072.full.pdf>).

10. Seit welchem Zeitpunkt wird seitens der Bundesregierung ein Rückgang der Neuinfektionen in Deutschland beobachtet (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller, bitte mit Zeitpunkt und konkreten Quellen für die Beurteilung des Zeitpunkts angeben)?

Die Zahl der täglich gemeldeten SARS-CoV-2/COVID-19-Fälle kann dem Dashboard des RKI (<https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>) und dem täglich veröffentlichtem Situationsbericht des RKI entnommen werden (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html). Der Situationsbericht bzw. das Dashboard enthält eine Abbildung zum zeitlichen Verlauf der SARS-CoV-2/COVID-19-Fälle, die seit dem 1. März 2020 an das RKI übermittelt wurden. Die Zahl der innerhalb eines Tages an das RKI neu übermittelten Fälle erreichte ihren Höchststand am 2. April 2020. Dabei ist zu beachten, dass das Meldedatum das Datum ist, an dem das Gesundheitsamt Kenntnis über den Fall erlangt und ihn elektronisch erfasst hat. Zwischen der Meldung durch die Ärztinnen, Ärzte und Labore an das Gesundheitsamt und der Übermittlung der Fälle an die zuständigen Landesbehörden und das RKI können einige Tage vergehen (Melde- und Übermittlungsverzug).

11. Welche konkreten Zahlen und Kriterien werden nach Kenntnis der Bundesregierung in den Ländern zur Entscheidung über Lockerungen von beschlossenen Schutzmaßnahmen (Abstandsregeln, MNS etc.) herangezogen?

Die Länder entscheiden unter Beachtung von Hygiene- und Abstandskonzepten unter Berücksichtigung des landesspezifischen Infektionsgeschehens in eigener Verantwortung über die weitere Aufhebung einschränkender Maßnahmen. Sie berücksichtigen dabei die regionale Entwicklung der SARS-CoV-2-Infektionszahlen, wie etwa die Zahl der Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern innerhalb der vergangenen sieben Tage.

Als ein weiterer Parameter zur Beschreibung und Bewertung der aktuellen Ausbruchsdynamik wird u. a. die effektive Reproduktionszahl (R) verwendet (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/Nowcasting.html?nn=13490888).

Auch die Anzahl und Größe von lokalen oder regionalen Ausbruchsgeschehen, die Belastung der Krankenhäuser sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes können wichtige Kriterien sein.

12. Wie entwickelt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die monatliche Sterberate in Deutschland im Jahr 2020 im Vergleich zu den Jahren 2019 und 2018 (bitte monatliche Sterbefallzahlen absolut sowie im Verhältnis zur jeweiligen Einwohnerzahl inklusive Angabe von Quellen nennen)?

Zahlen zur Entwicklung der monatlichen Sterbefälle seit Januar 2018 können der nachstehenden Tabelle entnommen werden.

Sterbefälle nach Monaten 2018 bis 2020*)

Jahr	Jan.	Feb.	Mär.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.
Anzahl												
2018	84 973	85 799	107 104	79 539	74 648	69 328	75 605	78 370	69 708	74 039	74 762	80 999
2019	84 791	80 824	86 493	77 157	75 451	73 195	76 697	73 249	70 826	76 673	77 837	83 398
2020	85 228	79 693	86 951	83 013								
je 1000 Einwohner und 1 Jahr												
2018	12,1	13,5	15,2	11,7	10,6	10,2	10,7	11,1	10,2	10,5	11,0	11,5
2019	12,0	12,7	12,3	11,3	10,7	10,7	10,9	10,4	10,4	10,9	11,4	11,8
2020	12,1	12,1	12,3	12,2								

*) Für 2018 endgültige Ergebnisse der Sterbefallstatistik, für 2019 und 2020 vorläufige Ergebnisse einer Sonderauswertung (Stand 19.06.2020)

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020

Um bessere Vergleiche zwischen den unterschiedlich langen Monaten und mit anderen Zeiträumen zu ermöglichen, wurden die monatlichen Sterberaten auf ein Jahr hochgerechnet und – wie dies üblich ist – als Sterbefälle je 1 000 Einwohner in einem Jahr ausgewiesen.

13. Wie hoch war nach Kenntnis der Bundesregierung die höchste in der Nachkriegszeit gemessene monatliche Sterberate in Deutschland (bitte in absoluten Sterbefallzahlen pro Monat sowie in Relation zur jeweiligen Einwohnerzahl angeben und Monat sowie Jahr des Ereignisses und Quelle nennen)?

Die höchste Zahl an Sterbefällen in einem Monat seit dem Jahr 1950 wurde im Januar 1970 mit 115.798 Fällen registriert (Summe der Sterbefälle in der Bun-

desrepublik Deutschland und der damaligen Deutschen Demokratischen Republik zum o. g. Zeitpunkt).

Der höchste Wert für den Zeitraum ab dem Jahr 1990 ergab sich im März 2018 mit 107.104 Sterbefällen.

Bezogen auf je 1.000 Personen der Bevölkerung liegen monatliche Angaben nach dem Gebietsstand seit dem 3. Oktober 1990 erst ab dem Jahr 1990 vor. Seit dem Jahr 1990 wurde die höchste Sterberate eines Monats für den März 2018 mit 1,3 Sterbefällen je 1 000 Einwohnern und 15,2 je 1.000 Einwohner in einem Jahr festgestellt.

Es handelt sich bei den Angaben um Ergebnisse der Sterbefallstatistik.

14. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Prognosen bzw. Studien über eine durch die mittelbaren Folgen der getroffenen Corona-Einschränkungen erhöhte Anzahl von Erkrankungen und Todesfällen (beispielsweise Selbstmorde), die nicht auf SARS-CoV-2 zurückgeführt werden können?
 - a) Wenn ja, welche konkrete Entwicklung erwartet die Bundesregierung aufgrund dieser Prognosen?
 - b) Von wem wurden bzw. werden diese Studien durchgeführt?
 - c) Inwieweit fließen diese Erkenntnisse in die politische Entscheidungsfindung der Bundesregierung ein?
15. Rechnet die Bundesregierung mit einer erhöhten Anzahl an Suiziden im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr, und wenn ja, wie begründet sie ihre Einschätzung?

Die Fragen 14 und 15 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Über die Ursachen von Suiziden werden durch die Bundesregierung keinerlei Mutmaßungen angestellt. Die Ergebnisse aus der Todesursachenstatistik für das Jahr 2020 werden voraussichtlich im September 2021 vorliegen.

16. Welcher prozentuale Anteil der sog. Corona-Toten ist nach Kenntnis der Bundesregierung nachweisbar „verstorben mit Corona“, welcher nachweisbar „ursächlich verstorben an Corona“ (bitte Quellen und wissenschaftliche Studien angeben, auf denen die Einschätzung der Bundesregierung basiert)?

In der Statistik des RKI werden Verstorbene als COVID-19-Todesfälle gezählt, bei denen ein labordiagnostischer Nachweis einer SARS-CoV-2-Infektion vorlag. In diesen Fällen wird davon ausgegangen, dass diese Infektion ursächlich zum Tod der Person beigetragen hat, sei es durch die in Studien beschriebenen Mikrozirkulationsstörungen, die durch die Infektion ausgelöst werden können, oder durch ein schweres Atemnotsyndrom (ARDS) oder weitere, in vielen Studien beschriebenen Ausprägungen schwerer Krankheitsverläufe. Sowohl Personen, die unmittelbar an der Erkrankung verstorben sind („gestorben an“) als auch Personen mit Vorerkrankungen, die mit SARS-CoV-2 infiziert waren und bei denen sich die Todesursache nicht abschließend nachweisen lässt („gestorben mit“), werden derzeit als COVID-19-Todesfälle geführt. Die Zählweise entspricht den Vorgaben der WHO und des ECDC für „confirmed COVID-19 cases“.

17. Nimmt die Bundesregierung eine Beurteilung der „Pandemielage Corona“ außerhalb Deutschlands vor, und wenn ja, welche statistischen Quellen verwendet sie hierfür insbesondere bezüglich der Kennzahlen Todesfälle pro Tag insgesamt, Todesfälle mit Corona, Todesfälle an oder wegen Corona, Testmethode, Testzahl sowie Anteil positiver Tests (bitte Quellen für alle Länder der EU-Zone sowie für die Schweiz, die USA, Kanada, Brasilien, Russland, China, Indien, Iran, Pakistan, Indonesien, Indien, Südkorea, Japan, Südafrika, Äthiopien angeben)?

Die Bundesregierung steht seit Beginn der Pandemie im engen und regelmäßigen Kontakt vor allem mit den EU-Ländern sowie den G7-Ländern und tauscht sich u. a. zu den Kennzahlen sowie Testmethoden aus.

Als Informationsquelle dient für alle Länder der EU-Zone, die Schweiz, die USA, Kanada, Brasilien, Russland, China, Indien, Iran, Pakistan, Indonesien, Südkorea, Japan, Südafrika und Äthiopien etwa die Homepage des European Centre for Disease Prevention and Control (<https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea/>).

18. Kann die Bundesregierung mit Gewissheit feststellen, dass alle von ihr im Rahmen der Corona-Krise getroffenen Maßnahmen erforderlich und angemessen waren (bitte ausschließlich mit ja oder nein antworten)?

Die Bundesregierung hat in Abhängigkeit vom jeweiligen Infektionsgeschehen auf nationaler und internationaler Ebene und den verfügbaren fachlich-wissenschaftlichen Erkenntnisse ihre Entscheidungen getroffen, die die Ausbreitung von SARS-CoV-2 in Deutschland erfolgreich verlangsamt und Infektionen und Todesfälle erfolgreich verhindert haben.

19. Kann die Bundesregierung mit Gewissheit ausschließen, dass sie die Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 bezogen auf das Gefährdungspotenzial für die Gesamtbevölkerung zukünftig geringer bewertet, als sie das aktuell tut (bitte ausschließlich mit ja oder nein antworten)?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

20. Welche konkreten Kriterien, Kennzahlen und entsprechenden Werte müssen nach Ansicht der Bundesregierung erfüllt sein bzw. vorliegen, um den Ausbruch von SARS-CoV-2 in Deutschland als beendet zu erklären?

Es ist nach § 5 Absatz 1 Satz 2 IfSG Aufgabe des Deutschen Bundestages, nicht der Bundesregierung, die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wieder aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Feststellung nicht mehr vorliegen. Diese Entscheidung wird im Kontext der Entwicklung des Ausbruchsgeschehens getroffen werden. Die derzeitigen lokalen Ausbrüche sind klare Indikatoren dafür, dass der Ausbruch des Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland nicht beendet ist. Auf die Antwort zu Frage 2 wird verwiesen.

21. Welche Schlussfolgerungen für ihr eigenes Handeln zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, dass Slowenien die Corona-Pandemie für beendet erklärt hat (<https://www.tagesschau.de/ausland/slowenien-corona-grenzoeffnung-101.html>)?

In Slowenien bleiben Maßnahmen der physischen Distanzierung bestehen. In dem Beitrag, auf den in der Frage Bezug genommen wird, wird von der „Zähmung“ der Pandemie gesprochen. Die Bundesregierung zieht daraus keine besonderen Schlüsse.

22. Welche Schlussfolgerungen für ihr eigenes Handeln zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, dass andere EU-Staaten wie die Niederlande vor dem Gebrauch von selbstgefertigten Masken warnen (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

In Deutschland wird empfohlen, in bestimmten Situationen Mund und Nase zu bedecken. Ziel ist nicht die Filtration eindringender, sondern das Zurückhalten bzw. Abbremsen ausgestoßener Flüssigkeitspartikel (Fremdschutz). Mit Hilfe der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem BfArM bereitgestellten Informationen können Bürgerinnen und Bürger eine für sie selbst gut umsetzbare Form der MNB finden und diese sicher handhaben.

Auch in den Niederlanden wird das Bedecken von Mund und Nase in öffentlichen Verkehrsmitteln nahegelegt (<https://www.rivm.nl/en/novel-coronavirus-covid-19/face-masks-and-gloves>, Stand: 18.06.2020). Vor dem Tragen von MNB wird nicht allgemein gewarnt, sondern lediglich von der Verwendung ungeeigneter Materialien wie z. B. Staubsaugerbeuteln, da diese unerwünschte Wirkungen (z. B. zu hoher Atemwiderstand) entfalten können.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

23. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass die Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel noch Anfang April 2020 vor dem Gebrauch von Masken durch die Bevölkerung gewarnt hat, insbesondere im Hinblick auf die nun geltende Maskenpflicht (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

24. Welche Schlussfolgerungen für ihr Handeln zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, dass der öffentlich-rechtliche Rundfunk noch im Januar 2020 Personen, die in SARS-CoV-2 eine Gefahr für die Bevölkerung sehen, als Verschwörungstheoretiker und Populisten bezeichnet hat?

Die Bundesregierung ist sich des grundsätzlichen Problems von Falschmeldungen und Fehleinschätzungen zur COVID-19-Pandemie bewusst und setzt ihr im Rahmen der eigenen Öffentlichkeitsarbeit eine faktenbasierte Kommunikation entgegen.

Ein unabhängiger und professioneller Journalismus sowie die Stärkung gesellschaftlicher Resilienz und der Erhalt einer vielfältigen Medienlandschaft sind wichtige Instrumente gegen Desinformation. Freiheit und Unabhängigkeit der Medien sind tragende Pfeiler der freiheitlich demokratischen Grundordnung des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland.

In diesem Zusammenhang würdigt und respektiert die Bundesregierung die Arbeit von Medienschaffenden, die über die COVID-19-Pandemie berichten. Ihre

Arbeit ermöglicht es Menschen, Zugang zu glaubwürdigen Informationen zu erhalten, damit sie ihre eigene Gesundheit und die der Gemeinschaft schützen können.